

## **CASO CLÍNICO 1**

16 años, sexo femenino.

Síncope recurrentes desde 4/03.

Estaba en misa, de mañana temprano, parada, en ayunas, sensación de palpitaciones rápidas y de calor, visión borrosa, no podía oír.

Presenta breve pérdida de la conciencia.

Testigo: pálida, sudoración profusa, tiene movimientos anormales breves, se recupera progresivamente.

Se despierta en el piso.

Refiere 5-6 episodios previos estando de pie, 3 post ejercicio, en clase, otro febril y al pararse bruscamente.

En 2 de ellos traumatismo de cara severo y TEC.

### **¿Cuáles son los elementos claves para el diagnóstico?**

1. Síncope cuando está de pie por tiempo prolongado
2. Sudoración o sensación de calor antes del síncope
3. Síncope durante el episodio febril
4. Todas las anteriores son correctas

### **Usted la ve en emergencia y decide:**

1. Ingresa para observación y estudio
2. Ingresa en UCI
3. Otorga el alta a domicilio

### **Más allá de la conducta anterior:**

1. Solicitaría EEG, ECG y Holter
2. Solicitaría ECG, ecocardiograma y Holter
3. Solicitaría ECG y Mesa basculante

### **Ingresa a Sanatorio:**

- Examen físico PA sentada 96/64 mm Hg, ritmo regular 80 cpm, ruidos normales, no soplos. Resto sin elementos a destacar.
- ECGs seriados, glucemia, hemograma, creatininemia, ionograma y orina normales
- TAC de cráneo y EEG x 2 normales
- Consulta con neurólogo
- Tres días internada

**El riesgo de la paciente es:**

1. Bajo
2. Intermedio
3. Alto

**Con respecto al tratamiento de esta paciente:**

1. Es una paciente de bajo riesgo y no requiere tratamiento
2. Se debe recomendar aumentar la ingesta de líquidos y sal y enseñar las medidas de prevención del síncope
3. Asociaría a las medidas descritas en el punto 2 fludrocortisona o betabloqueantes
4. Indicaría comitoína v.o.
5. Implantaría un marcapasos DDD con algoritmo de frecuencia para síncope vasovagal (Rate Drop Response)

## **CASO CLÍNICO 2**

82 años, sexo masculino, sin AP previos, salvo hipertensión arterial leve tratada con IECAs

Desde hace 4-5 meses, temblor de reposo, alteraciones del carácter, deterioro cognitivo.

Desde hace 2 meses, cuadros sincopales a repetición, parado, s/t al levantarse, sin pródromos, rápida recuperación en el piso.

Ex. Físico cardiovascular normal. Hipertonía, aquinesia y temblor de reposo.

ECG de 12 derivaciones, dentro de límites normales

### **Se consideran elementos claves para el diagnóstico:**

1. La pérdida de conocimiento ocurre cada vez que adopta la posición de pie
2. El temblor de reposo
3. La rápida recuperación una vez que se encuentra en el piso
4. Todos los mencionados

### **Es un paciente de riesgo:**

1. Alto
2. Intermedio
3. Bajo

### **¿Cuál es la maniobra más apropiada para hacer diagnóstico en este caso?**

1. Monitorizar la frecuencia cardíaca y hacerlo parar
2. Medir la tensión arterial acostado y parado
3. Masaje del seno carotídeo
4. Ecocardiograma, Holter, ergometría

### **La causa del síncope de este paciente es:**

1. Hipotensión postural por falla autonómica vinculada con la enfermedad de Parkinson
2. Efecto secundario de los IECAs
3. Hipovolemia

**El tratamiento sugerido para este paciente es:**

1. Aumento en la ingesta de sodio y agua
2. Suspensión de IECA y si es necesario uso de antihipertensivo de vida media corta en la mañana
3. Sostener tratamiento actual e instruir sobre la adopción progresiva de cambios posturales.

### CASO CLÍNICO 3

Paciente de 30 años, sexo femenino, procedente de Sarandí Grande, Florida

Sin AP cardiovasculares a destacar.

Historia de síncope hace 1½ año.

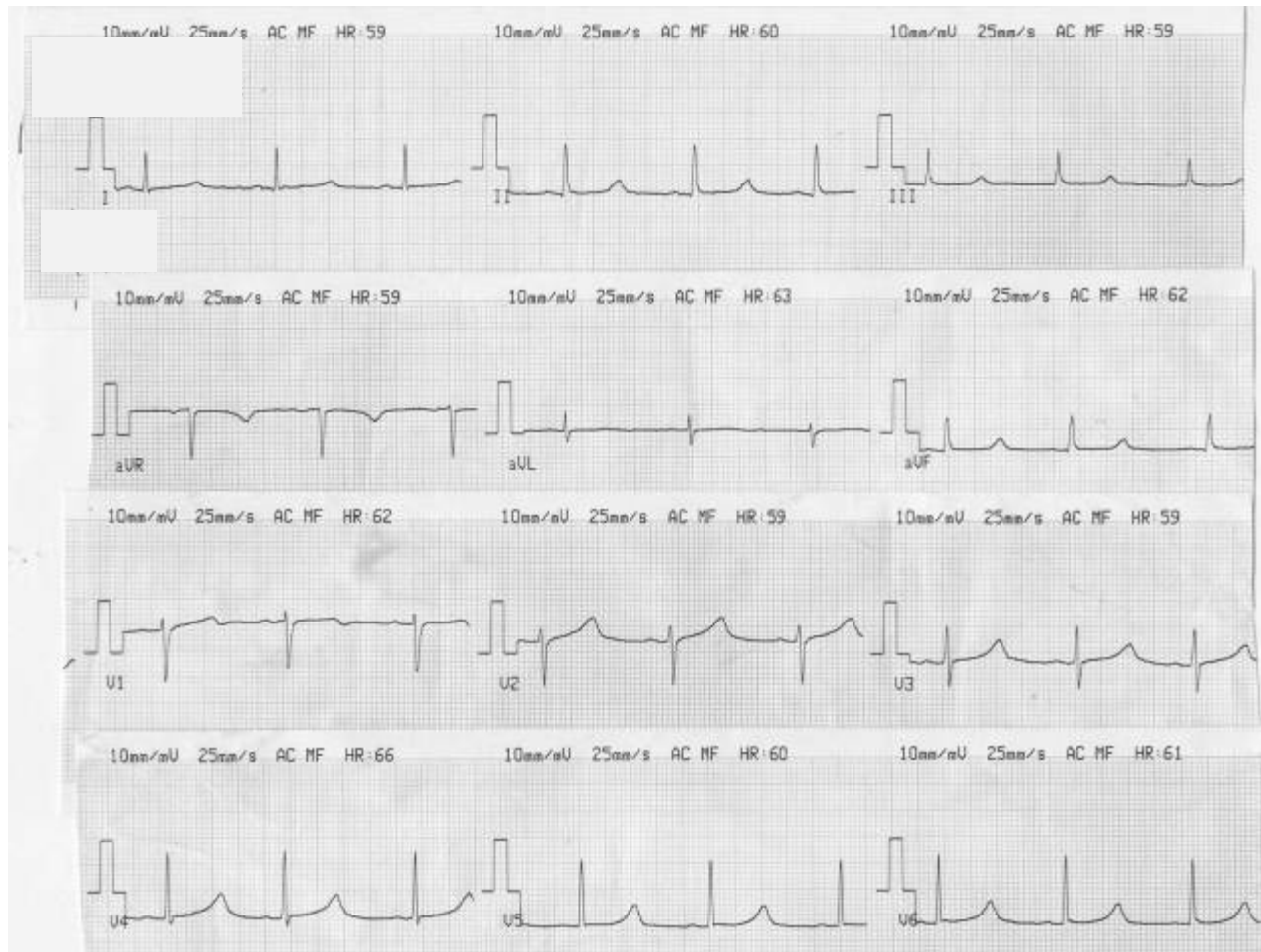
El cuadro coincidió con episodio de vómitos, toma medicación que no recuerda, asociado a mareos severos con palpitaciones que duraron algunas horas.

Se realizó una valoración neurológica completa que no mostró alteraciones

El 16/12/06 presenta dolor tipo cólico nefrítico, consulta y se administra hioscina iv. A las 12 hs presenta cuadro sincopal al levantarse a atender el teléfono.

Fue vista por médico en los minutos post-episodio que no comprobó alteraciones, PA 100/60 mm Hg, pulso normal.

#### ECG:



**Con la información disponible hasta este momento el diagnóstico etiológico más probable de este síncope es:**

1. Síncope vasovagal
2. Síncope arrítmico
3. Hipotensión postural

**El 18/12/06 vuelve a consultar por vómitos, se administra domperidona iv, presentando luego sensación de mareos severos y palpitaciones desarrollando luego 1-2 episodios sincopales, uno de ellos en la ambulancia.**

**ECG:**

**El diagnóstico etiológico definitivo del síncope de esta paciente es:**

1. Torcida de punta (torsade de pointes) en paciente con QT largo congénito desencadenada por fármacos
2. Taquicardia ventricular de TSVD desencadena por estímulo adrenérgico
3. Fibrilación ventricular primaria por disionía

**La conducta que se debe plantear en esta paciente es:**

1. Reposición hidroelectrolítica y alta a domicilio
2. Ingreso a UCI o Intermedio
3. Ingreso a sala general

**El tratamiento inmediato sugerido para esta paciente es:**

1. Marcapaseo transitorio
2. Atenolol y magnesio i.v.
3. Amiodarona i.v.
4. Cardioversión eléctrica

**La conducta a largo plazo en esta paciente debe ser:**

1. Sólo controles periódicos
2. Uso de betabloqueantes a permanencia
3. Implante de marcapaso definitivo
4. Implante de cardiodefibrilador

## CASO CLÍNICO 4

Hombre de 36 años

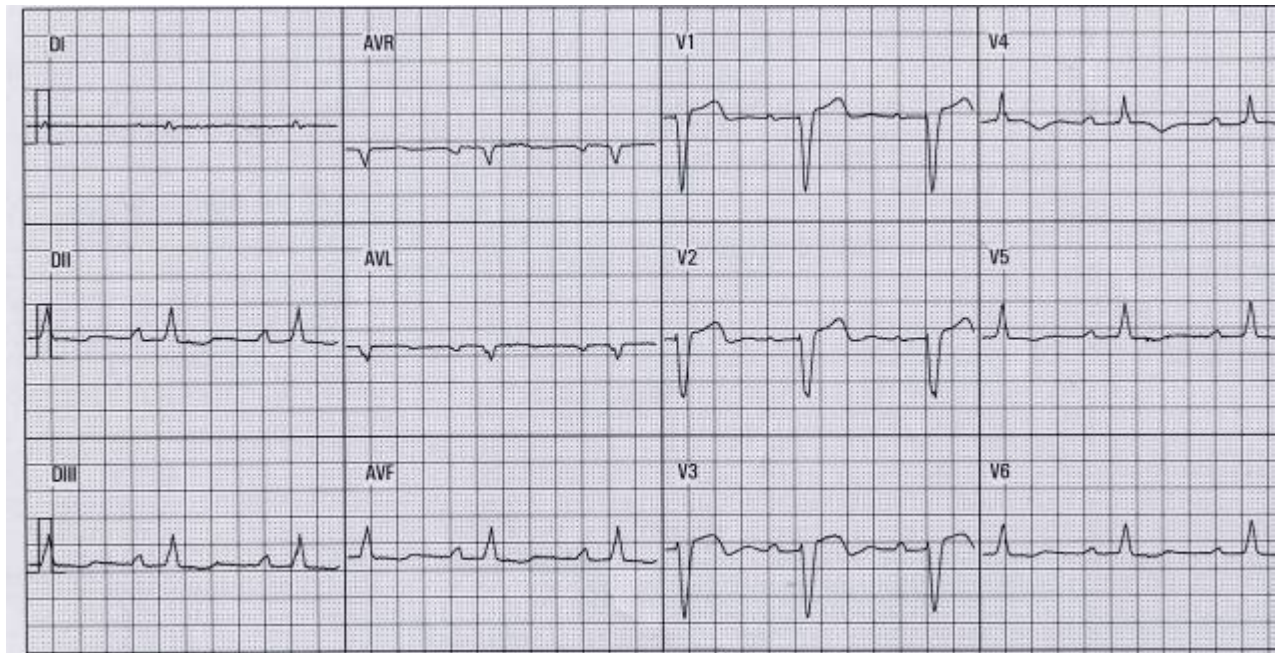
Sin antecedentes personales relevantes

Sale afuera de su casa a fumar, y sentado, presenta episodio sincopal, sin prodromos.

Se recupera completamente luego de pocos minutos.

No consulta inmediatamente.

Consulta al otro día, y se realiza ECG:



**Con la información disponible hasta este momento, el diagnóstico etiológico más probable de este síncope es:**

1. Síncope vasovagal
2. Síncope arrítmico
3. Hipotensión postural

**¿Qué valoración pediría para definir la causa del síncope?:**

1. Valoración por neurólogo previa TAC de cráneo
2. Holter ECG de 24 horas
3. Ecocardiograma
4. Mesa basculante

**Es un paciente de riesgo:**

1. Alto
2. Intermedio
3. Bajo

**¿Qué otros estudios pediría para completar la evaluación?:**

1. CACG
2. Registro ambulatorio de eventos
3. Estudio electrofisiológico

**El tratamiento sugerido para este paciente es:**

1. Ablación de la rama derecha del haz de His
2. Amiodarona v.o.
3. Carvedilol v.o.
4. Implante de cardiodesfibrilador

**CASO CLÍNICO 5**

66 años, hombre, diabético tipo 2 de larga data controlado con dieta, obeso.

Algún episodio de mareo esporádico desde hace algunos meses.

Hipertenso, tratado con enalapril e hidroclorotiazida 12.5 mg día

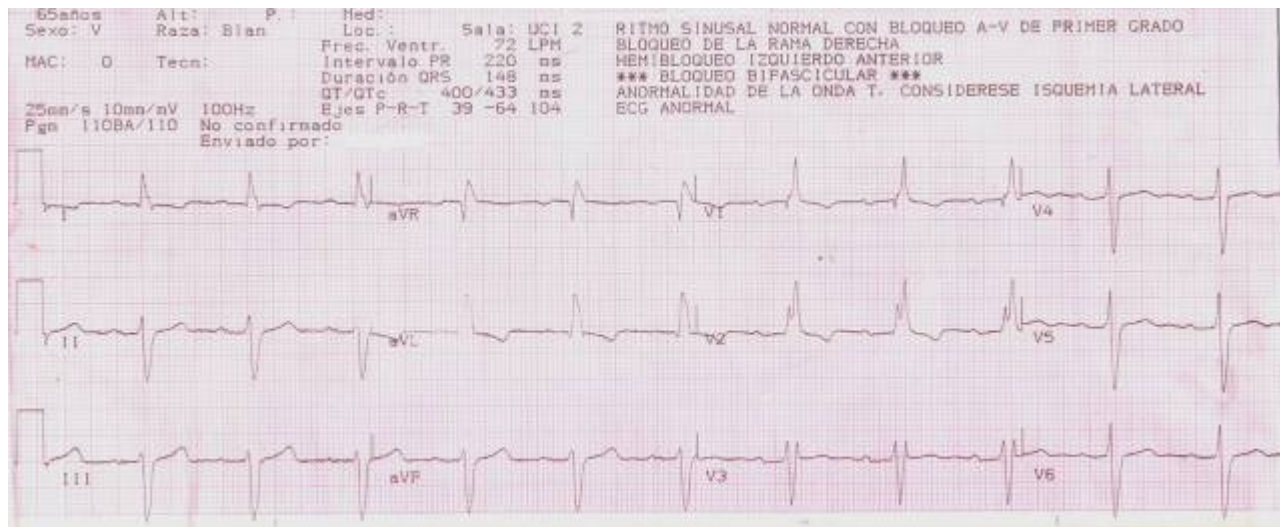
Síncope sin aviso, sin pródromos, sentado, antes de almorzar. Estaba conversando y bruscamente empalidece y presenta respiración ruda con labios azulados, incontinencia esfinteriana.

Cae el piso, lo sostienen, se lastima la cara. Mejora luego de varios segundos

Cuando llega la UEM, PA 130/100 mm Hg

Glucemia por punción digital normal.

ECG:



**¿Tiene Ud. elementos suficientes para hacer un diagnóstico probable?**

1. Si
2. No

**Con la información disponible hasta este momento el diagnóstico etiológico más probable de este síncope es:**

1. Síncope vasovagal
2. Síncope arrítmico
3. Pérdida de conocimiento de causa neurológica (síncope símil).

**¿Qué estudios pediría?:**

1. Valoración por neurólogo, previa TAC de cráneo
2. Holter de 24 horas
3. Ecocardiograma
4. Mesa basculante.

**Es un paciente de riesgo:**

1. Alto
2. Intermedio
3. Bajo

**¿Qué otros estudios solicitaría para completar la evaluación?:**

1. Holter
2. Registro ambulatorio de eventos
3. CACG
4. Estudio electrofisiológico

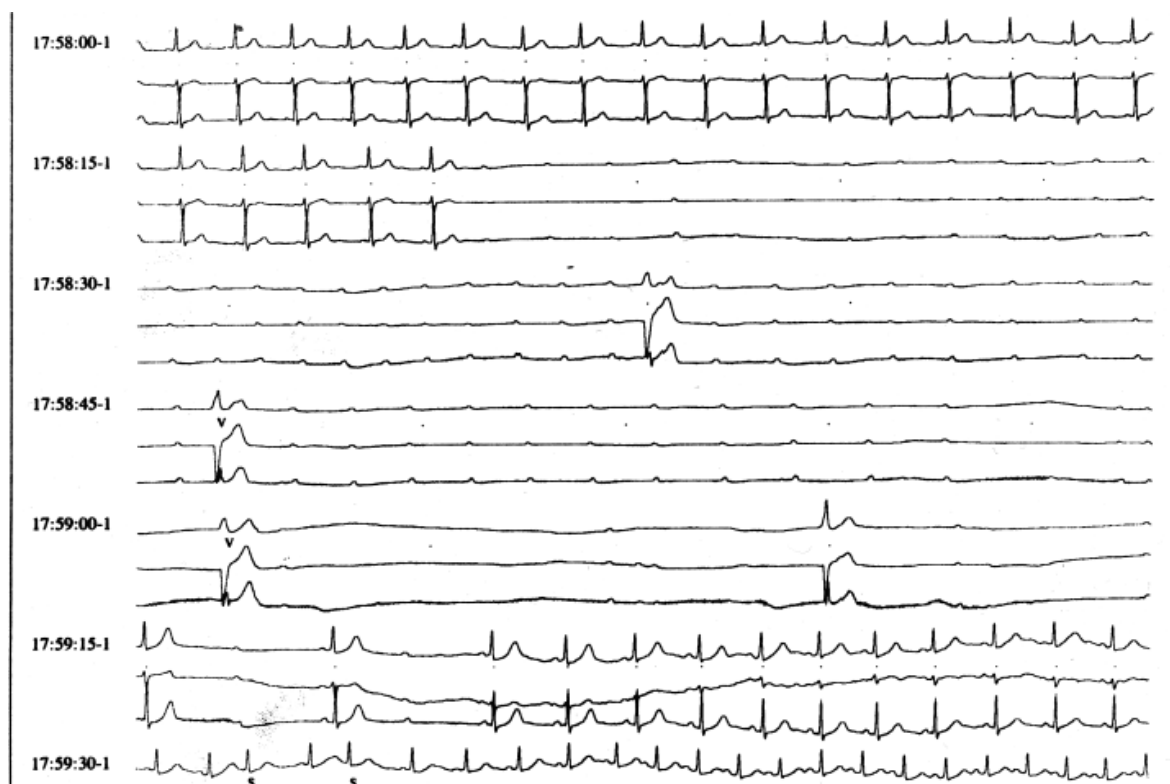
**Se realizan 2 Holter normales. No presenta síntomas, tampoco otras alteraciones de la conducción salvo las previas.**

**La conducta sugerida en estas circunstancias es:**

1. Control clínico
2. Estudio electrofisiológico
3. Implante de marcapaso definitivo

**Pasa bien por dos meses**

**Repite síncope nuevamente, ingresa, se coloca Holter en sanatorio**



**La conducta definitiva sería:**

1. Implantar marcapaso definitivo
2. Implantar cardio-desfibrilador automático
3. Control clínico-paraclínico periódico y eventual implante de marcapasos.

## **CASO CLÍNICO 6**

68 años, sexo femenino, 50 kgs, hiperhomocisteinemia (17), hipotiroidismo primario, miocardiopatía isquémica en fase dilatada, con IAM previo en 2001, FEVI 20%,

Es enviada por Episodios sincopales en 3 oportunidades, sentada, en reposo, precedidos de palpitaciones.

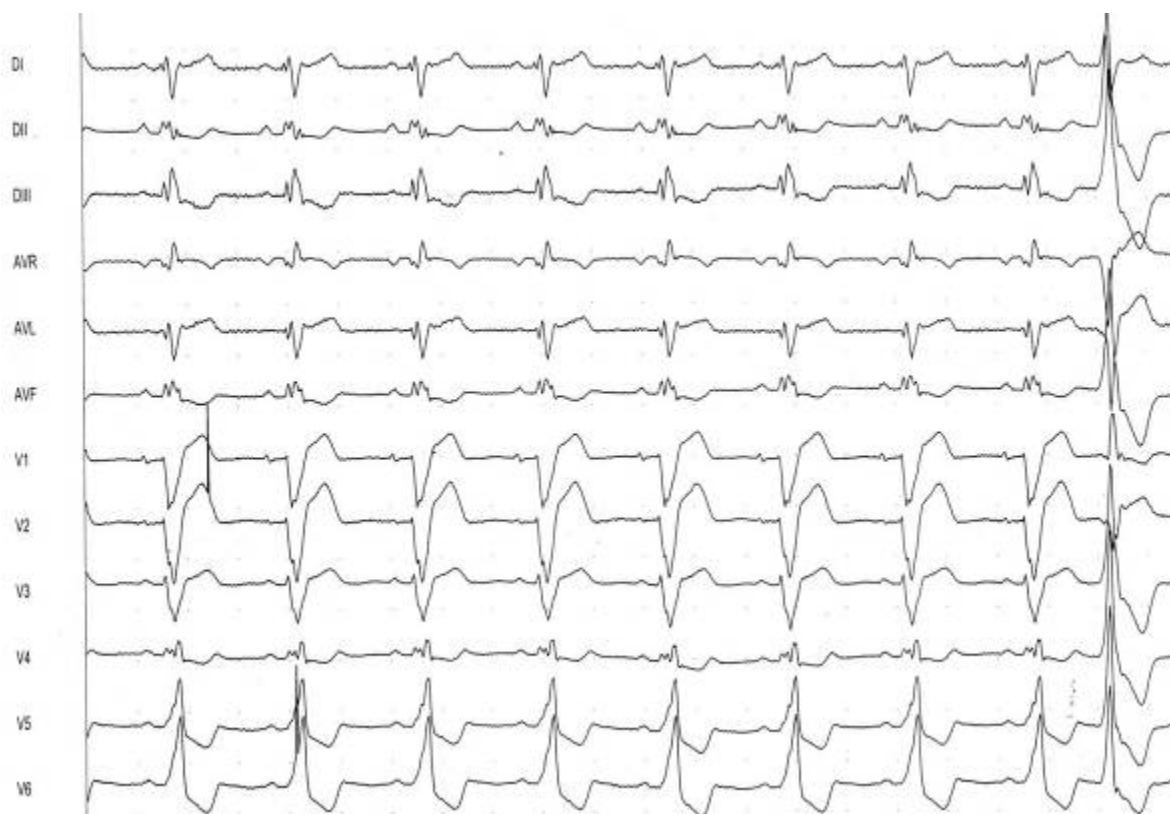
Medicación:

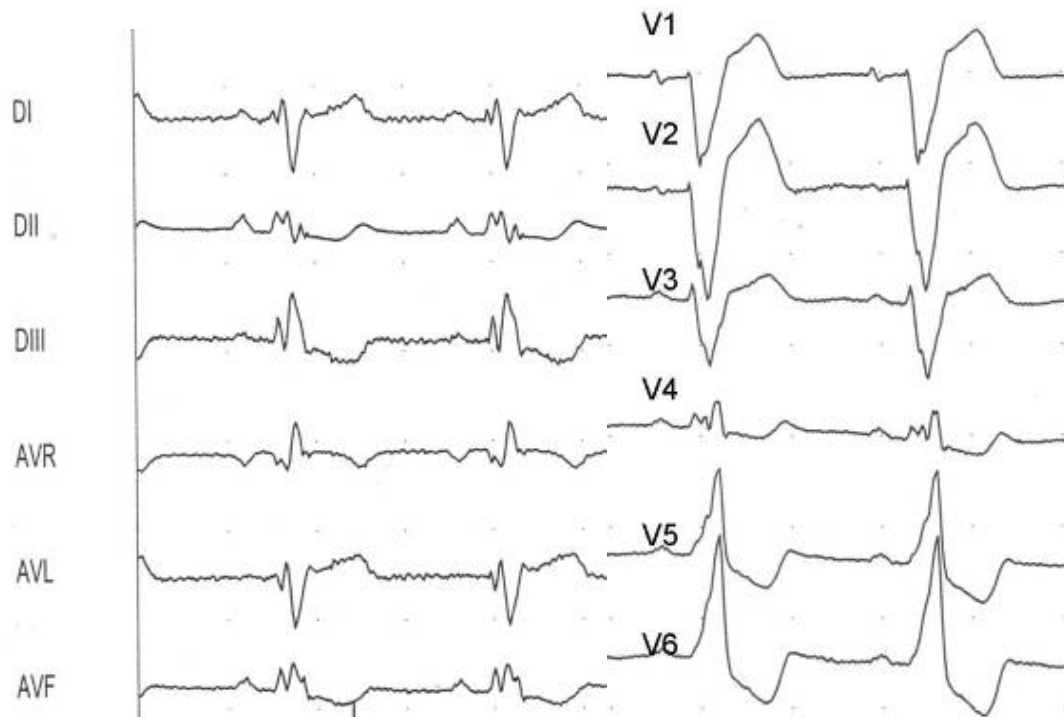
- Digoxina 0.125 mg día
- Carvedilol 12.5 mg día
- Espironolactona 25 mg día
- Levotiroxina 100-75 mcg días alternos
- AAS
- Ac. Fólico + Vitaminas complejo B

PA 100/60 mm Hg

ECG:

Ritmo sinusal 60 cpm, PR 205 ms, BCRIzq, QRS 188 ms, QT 450 ms, ESVs aisladas





**Con la información disponible hasta este momento el diagnóstico etiológico más probable de este síncope es:**

1. Síncope vasovagal
2. Síncope arrítmico
3. Pérdida de conocimiento de causa neurológica.

**¿Qué conducta diagnóstica adoptaría?**

1. Valoración por neurólogo previa TAC de cráneo
2. Holter de 24 horas
3. CACG
4. Estudio funcional para descartar isquemia
5. Mesa basculante

**Es un paciente de riesgo:**

1. Alto
2. Intermedio
3. Bajo

**¿Qué otros estudios solicitaría para completar la evaluación?:**

1. Repetir Holter
2. Registro ambulatorio de eventos para correlacionar los síntomas
3. Estudio electrofisiológico

**¿Cuál es el tratamiento más apropiado?**

1. Implante de marcapaso bicameral
2. Implante de cardiodesfibrilador automático bicameral
3. Implante de cardiodesfibrilador automático con resincronizador
4. Tratamiento médico + amiodarona 600 mg día con Holter seriados

